

Nombre del Consumidor:	No. del Centro Regional	No. de UCI (Número único de identificación del cliente):	Fecha de estimación de la cuota:	Monto Pagado:

(Incluya la información al dorso para el caso de otros hijos que reciben servicios del Centro Regional).

Se ha estimado para usted una Cuota Anual del Programa Familiar de \$\_\_\_\_\_ por los servicios que se le prestan a su hijo. Esta cuota está autorizada por la legislación estatal (Artículo 4785 del Código de Bienestar e Instituciones (Welfare and Institutions Code)). Se calcula una cuota por familia, independientemente de la cantidad de hijos que reciban los servicios. Esta cuota es anual. El monto del ingreso anual utilizado para establecer su cuota depende del tamaño de su familia. Consulte la tabla que aparece al dorso del presente formulario para determinar el monto de su cuota.

Si usted cree que debe ser menor, averigüe con su Centro Regional la documentación que debe presentar para que este determine si le corresponde una cuota más baja.

El Artículo 4710.5 del Código de Bienestar e Instituciones les ofrece a los padres la oportunidad de solicitar una audiencia justa en caso de que usted no esté de acuerdo con la estimación de su cuota. Si desea que la estimación de su cuota sea revisada conforme a la ley mencionada, debe completar un formulario de "Solicitud de Audiencia Justa" dentro de los 30 días posteriores a la fecha de estimación. Puede conseguirlo en el Centro Regional o a través del sitio web del departamento: [www.dds.ca.gov](http://www.dds.ca.gov), formulario número DS1805.

El pago será exigible al momento de la recepción de la presente notificación. Por favor, incluya la parte inferior del presente formulario al enviar su cheque o giro postal a "DDS – Annual Family Program Fee". A efectos de que podamos acreditarle el pago, indique los números de UCI (número único de identificación del cliente) y CR (Centro Regional) consignados precedentemente en su cheque o giro postal.

En caso de duda respecto de su cuota, contáctese con su Centro Regional.

-----  
**IMPORTANTE: SEPARE Y ENVÍE LA PARTE INFERIOR DE LA PRESENTE DECLARACIÓN JUNTO CON SU PAGO PARA GARANTIZAR EL CRÉDITO CORRESPONDIENTE.**

### Cuota Anual del Programa Familiar – FORMULARIO DE PAGO

Indique el Centro Regional y el No. de UCI en todas las consultas y pagos.

Nombre del Consumidor:	No. del Centro Regional	No. de UCI (Número único de identificación del cliente):	Fecha de estimación de la cuota:	Monto Pagado:

(Incluya la información al dorso en el caso de otros hijos que reciben servicios del Centro Regional).

(Información confidencial del consumidor – consultar el Artículo 4514 del Código de Bienestar e Instituciones)

Enviar por correo a: State of California  
 Department of Developmental Services  
 Annual Family Program Fee  
 Accounting Section, Room 310, MS 3-7  
 P. O. Box 944202  
 Sacramento, CA 94244-2020

Cada una de las familias de un niño que deba abonar la Cuota Anual del Programa Familiar (AFPF) o que reciba servicios a través del Centro Regional deberá abonar una sola cuota anual. Incluya a continuación la información de otros hijos que reciben servicios del Centro Regional.

Nombre del Consumidor:	No. del Centro Regional	No. de UCI (Número único de identificación del cliente):

Aquellas familias que perciben ingresos iguales o mayores al 800 por ciento del Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) deben abonar la suma anual de \$200.00. Las familias que perciben ingresos de entre 400 y 799 por ciento del FPL abonarán una cuota anual de \$150.00. Las familias con ingresos menores del 400 por ciento del FPL no deben abonar la cuota. Utilice la siguiente tabla para estimar el monto de su cuota conforme al tamaño de su familia y al ingreso anual de los padres. Si considera que según sus ingresos le corresponde una cuota menor, contáctese con el Centro Regional.

TAMAÑO DE LA FAMILIA	INGRESO ANUAL	CUOTA	INGRESO ANUAL	CUOTA	INGRESO ANUAL	CUOTA
2	\$0 - \$58,839	\$0.00	\$58,840 - \$117,679	\$150.00	\$117,680 - Mayor	\$200.00
3	\$0 - \$74,119	\$0.00	\$74,120 - \$148,239	\$150.00	\$148,240 - Mayor	\$200.00
4	\$0 - \$89,399	\$0.00	\$89,400 - \$178,799	\$150.00	\$178,800 - Mayor	\$200.00
5	\$0 - \$104,679	\$0.00	\$104,680 - \$209,359	\$150.00	\$209,360 - Mayor	\$200.00
6	\$0 - \$119,959	\$0.00	\$119,960 - \$239,919	\$150.00	\$239,920 - Mayor	\$200.00

En el caso de familias más grandes que las indicadas, consulte el sitio web del DDS: [www.dds.ca.gov](http://www.dds.ca.gov)

Incluya a continuación la información de otros hijos que reciben servicios del Centro Regional.

Nombre del Consumidor:	Número del Centro Regional:	No. de UCI (Número único de identificación del cliente):